

État d'hyperglycémie hyperosmolaire

PROGRAMME CANADIEN DE SURVEILLANCE PÉDIATRIQUE

100 – 2305, boul. St. Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 4J8
Tél. : 613-526-9397, poste 239
Télec. : 613-526-3332
pcsp@cps.ca
www.pcsp.cps.ca

RENSEIGNEMENTS SUR LA DÉCLARATION

(Partie remplie par le PCSP)

Numéro du rapport :

Mois de la déclaration :

Province :

Date du jour :

Veillez remplir les sections suivantes relativement au cas susmentionné. Si l'information demandée est difficile à obtenir, laissez la réponse vierge. Les données seront traitées en toute confidentialité.

DÉFINITION DE CAS DE L'ÉTAT D'HYPERGLYCÉMIE HYPEROSMOLAIRE

Déclarer tout patient de moins de 18 ans (jusqu'à son 18^e anniversaire) qui a obtenu ou non un diagnostic de diabète auparavant et qui consulte à l'hôpital en état d'hyperglycémie hyperosmolaire (ÉHH), défini comme :

- une glycémie sérique supérieure à 33 mmol/L;
- une osmolalité sérique supérieure à 320 mOsm/kg;
- l'absence d'acidose marquée :
 - une concentration de bicarbonate sérique supérieure à 15 mEq/L;
 - un pH artériel ou capillaire supérieur à 7,30 ou un pH veineux supérieur à 7,25.

Cette définition de cas respecte les critères diagnostiques d'ÉHH¹² de Diabète Canada, sous réserve d'une modification importante : la cétose n'est PAS un facteur d'exclusion. L'inclusion de la cétose s'explique par le fait que la définition originale d'ÉHH repose sur les manifestations chez les adultes, et il est bien démontré que plus de 40 % des enfants et des adolescents atteints du diabète de type 2 ont des cétones à la consultation (même si elles ne sont pas acidosiques).

Mois vu pour la première fois : _____

SECTION 1 – RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES SUR LE PATIENT

1.1 Mois et année de naissance : _____ / _____
MM AAAA

1.2 Sexe assigné à la naissance : Masculin Féminin Intersexué Inconnu

1.3 Province ou territoire de résidence : _____

1.4 Trois premiers caractères du code postal de résidence : ___ __ _

1.5 Groupes de population déclarés par le médecin (cochez toutes les réponses applicables) :

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arabe | <input type="checkbox"/> Noir | <input type="checkbox"/> Chinois | <input type="checkbox"/> Philippin |
| <input type="checkbox"/> Japonais | <input type="checkbox"/> Coréen | <input type="checkbox"/> Latino-Américain | <input type="checkbox"/> Blanc |
| <input type="checkbox"/> Premières Nations | <input type="checkbox"/> Inuit | <input type="checkbox"/> Métis | <input type="checkbox"/> Inconnu |
| <input type="checkbox"/> Asiatique du Sud-Est
(p. ex., vietnamienne,
cambodgienne,
laotienne) | <input type="checkbox"/> Sud-Asiatique (p. ex.,
Indien d'Asie,
Pakistanaï, Sri Lankaï) | <input type="checkbox"/> Ouest-Asiatique
(p. ex., Iranien,
Afghan) | <input type="checkbox"/> Autre, précisez : _____ |

SECTION 2 – HISTOIRE MÉDICALE DU PATIENT

2.1 Type de diabète : Type 1 (DT1) Type 2 (DT2) Diabète non insulino-dépendant
 D'origine médicamenteuse; précisez : _____ Lié à la fibrose kystique Type non encore déterminé
 Autre; précisez : _____

2.2 Nouveau diagnostic de diabète au moment de l'arrivée en ÉHH? Oui Non Inconnu

Dans la négative, âge du patient au diagnostic de diabète : _____ ans **OU** date du diagnostic : _____ / _____
MM AAAA

Dans l'affirmative, le patient a-t-il déjà été soumis au dépistage du DT1 ou du DT2?

Oui; date approximative : _____ / _____ Non Inconnu
MM AAAA

2.3 Autres affections à l'arrivée en ÉHH (cochez toutes les réponses applicables) :

- Obésité (score z de l'IMC >95^e percentile par rapport à l'âge et au sexe)
- Hypertension (tension systolique ou diastolique >95^e percentile par rapport à l'âge et au sexe)
- Dyslipidémie (cholestérol total >5,2 mmol/L; C-LDL >3,4 mmol/L; C-HDL <1 mmol/L; non HDL >3,8 mmol/L; triglycérides >1,5 mmol/L)
- Autre, précisez : _____
- Aucun
- Inconnu

- 2.4 Insuline prescrite avant la rencontre avec le médecin déclarant : Oui, précisez le type : _____ Non
Dans l'affirmative, précisez la posologie : Pompe Une seule injection quotidienne Injection deux fois par jour (BID) Injection trois fois par jour (TID) Multiples injections quotidiennes Aucune
- 2.5 Autres médicaments contre le diabète lors de la rencontre avec le médecin déclarant :
 Oui, précisez : _____ Non
- 2.6 Médicaments pour autre chose que le diabète lors de la rencontre avec le médecin déclarant :
 Oui, précisez : _____ Non
- 2.7 Antécédents familiaux de diabète : Oui Non Inconnu
Dans l'affirmative, précisez le type et les membres de la parenté touchés (p. ex., grand-père, mère) :

- 2.8 Le patient a-t-il un accès à de l'eau potable propre et fiable? Oui Non Inconnu

SECTION 3 – PRÉSENTATION DU CAS

- 3.1 Facteurs précipitants (cochez toutes les réponses applicables) :
- Non-adhérence à la médication, précisez les médicaments : _____
 - Infection, précisez : _____
 - Événement ischémique, précisez : _____
 - Traumatisme, précisez : _____
 - Problème d'administration de l'insuline (p. ex., échec au foyer de la pompe), précisez : _____
 - Déshydratation, précisez : _____
 - Utilisation de drogues récréatives, précisez : _____
 - Autre, précisez : _____
 - Non provoqués
 - Inconnu
- 3.2 Taille la plus à jour : ____ cm (date : ____ / ____ / ____) et poids le plus à jour : ____ kg (date : ____ / ____ / ____)
MM AAAA MM AAAA
- 3.3 Signes vitaux à l'arrivée à votre centre médical :
 Tension artérielle : ____ / ____ mmHg Fréquence cardiaque : ____ battements/min Fréquence respiratoire : ____
 Température : ____°C Échelle de coma de Glasgow (ÉCG) : ____/15
- 3.4 Signes et symptômes à l'arrivée à votre centre médical (cochez toutes les réponses applicables) :
- Acanthosis nigricans Polydipsie Polyurie Perte de poids
 - Nausées et vomissements Malaise, faiblesse Choc circulatoire Sécheresse de la bouche, de la langue
 - Modification de l'acuité visuelle Céphalées Altération du niveau de conscience
 - Convulsions Aucun Autre précisez : _____
- 3.5 Examens demandés à l'arrivée à votre centre médical (s'ils sont disponibles) :

Paramètre	Valeur			Unités
	<input type="radio"/> Artériel : _____	<input type="radio"/> Veineux : _____	<input type="radio"/> Capillaire : _____	
pH				
Glucose sérique				mmol/L
Cétones sériques				mmol/L
Cétones capillaires				mmol/L
Lactate sérique				mmol/L
β-hydroxybutyrate sérique				mmol/L
Urée sérique				mmol/L
Osmolalité sérique				mOsm/kg
Bicarbonate sérique				mEq/L
Sodium sérique (mesuré)				mEq/L
Potassium sérique				mEq/L
Phosphate sérique				mEq/L
Magnésium sérique				mEq/L
Calcium sérique				mEq/L
Créatinine sérique				µmol/L
Globules blancs	Globules blancs : _____	Neutrophiles : _____		×10 ⁹ cellules/L
Créatinine kinase				U/L

Cétones urinaires						mmol/L
Bandelette réactive pour les cétones	<input type="radio"/> Traces	<input type="radio"/> Légère	<input type="radio"/> Modérée	<input type="radio"/> Marquée	<input type="radio"/> Très marquée	

SECTION 4 – ÉVOLUTION À L'HÔPITAL

- 4.1 Date d'arrivée en ÉHH au premier point d'intervention : ____ / ____ / ____
JJ MM AAAA
- 4.2 Acuité à l'arrivée et intervalle jusqu'au traitement :
- 4.2.1 Journées de maladie avant l'arrivée au premier point d'intervention : _____ jours
- 4.2.2 Premier point d'intervention : Centre de soins primaires dirigé par une infirmière praticienne
 Centre de soins primaires en médecine de famille Centre de soins primaires pédiatrique
 Hôpital général Centre de soins tertiaires
- 4.2.3 Distance approximative ou temps approximatif jusqu'au premier point d'intervention :
____ km / ____ heures Inconnu
- 4.2.4 Distance approximative ou temps approximatif entre le premier point d'intervention et l'hôpital de soins tertiaires : ____ km / ____ heures Inconnu
- 4.2.5 Temps entre l'arrivée et le début du traitement (p. ex., amorce de liquides IV) : ____ heures ____ minutes
 Inconnu
- 4.2.6 Mode de transfert à l'hôpital de soins tertiaires : Ambulance terrestre Ambulance aérienne n.a.
- 4.2.7 Degré de soins le plus élevé : Urgence Aile pédiatrique d'un hôpital général Aile endocrinienne
 Aile pédiatrique d'un hôpital de soins tertiaires Unité de soins intensifs pédiatrique
 Autre, précisez : _____
- 4.3 Durée d'hospitalisation : ____ jours
- 4.4 Interventions (cochez toutes les réponses applicables) :
- Bolus initial de liquides IV; précisez le volume : ____ mL/kg
Type : Chlorure de sodium à 0,9 (NaCl) NaCl à 0,45 Lactate de Ringer Colloïde
 Autre, précisez : _____
- Liquides IV dans les 24 premières heures, précisez le volume total : ____ L
Type : NaCl à 0,9 NaCl à 0,45 Lactate de Ringer Colloïde Autre, précisez : _____
- Insuline IV; précisez le taux : _____ U/kg/heure
- Bicarbonate IV
- Potassium IV
- Thromboprophylaxie
- Aucune
- 4.5 Complications (cochez toutes les réponses applicables) :
- Hyperkaliémie; précisez la valeur maximale : ____ mEq/L
- Hypokaliémie; précisez la valeur minimale : ____ mEq/L
- Œdème cérébral, confirmé par : Tomodensitométrie Imagerie par résonance magnétique
 Diagnostic clinique, précisez l'ÉCG : _____
- Rhabdomyolyse; créatinine kinase maximale : ____ U/L
- Syndrome évocateur d'une hyperthermie maligne; température maximale : ____ °C
- Hypoglycémie; glycémie sérique minimale : ____ mmol/L
- Événement(s) thrombo-ischémique(s); précisez : _____
- Insuffisance rénale; créatinine sérique maximale : ____ µmol/L
- Décès Autre, précisez : _____ Aucun
- 4.6 Insuline au congé : Pompe Injection quotidienne Injection BID; précisez le type d'insuline : _____
 Injection TID; précisez le type d'insuline : _____ Insuline prémélangée Aucune
- 4.7 Autres médicaments contre le diabète au congé : Oui, précisez : _____ Aucun

SECTION 5 – AUTRES RENSEIGNEMENTS

- 5.1 Acceptez-vous que le Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) communique avec vous pour obtenir des compléments d'information au sujet du présent questionnaire? Oui No

SECTION 6 – MÉDECIN DÉCLARANT

6.1 Quel terme décrit le mieux votre pratique?

- Médecin général, précisez : Milieu de soins primaires Hôpital communautaire Hôpital de soins tertiaires
- Urgentologue pédiatre
- Endocrinologue pédiatre
- Intensiviste pédiatre
- Autre, précisez : _____

Prénom _____ Nom _____

Adresse _____

Ville _____ Province ou territoire _____ Code postal _____

Téléphone _____ Télécopieur _____

Courriel _____ Date de complétion _____

Merci d'avoir rempli ce formulaire.

(ÉHH 06/2023)